

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THÈSE

N° 370

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre LE BESCOND

Né le 26 octobre 1920, à Plomelin (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le

- 5 MAI 1951

DE LA

MÉSENTÉRITE RÉTRACTILE

D'ORIGINE HERNIAIRE

Président : M. BROCC, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1951

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1951

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre LE BESCOND

Né le 26 octobre 1920, à Plomelin (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le

DE LA

MÉSENTÉRITE RÉTRACTILE

D'ORIGINE HERNIAIRE

Président : M. BROcq, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1951

DOYENS HONORAIRES :
MM. Balthazard, Baudouin.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Lœper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN..... Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR..... Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	OLIVIER.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Biologie médicale.....	VERNE.
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN.
Carcinologie.....	OBERLING.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Cliniques chirurgicales.....	Hôtel-Dieu..... BROCC.
	Saint-Antoine..... CADENAT.
	Salpêtrière..... MONDOR
	Cochin..... QUËNU.
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique.....	MERLE D'AUBIGNÉ.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	FÈVRE.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire.....	MONOD.
Clinique de la Tuberculose.....	BERNARD (Et.)
Clinique de Neuro-chirurgie.....	PETIT-DUTAILLIS.
Clinique de puériculture.....	LELONG.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du sang.....	CHEVALLIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	ALAJOUANINE.
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Cliniques médicales.....	Hôtel-Dieu..... BÉNARD (H.).
	Bichat..... LAROCHE (G.).
	Cochin..... HARVIER.
	Pitié..... LIAN.
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....	JUSTIN-BESANCON.
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLÉRY-RADOT.
Cliniques obstétricales.....	Tarnier..... LANTUÉJOUL.
	Baudelocque..... LÉVY-SOLAL.
	Port-Royal..... X...
Clinique ophthalmologique.....	VELIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel).....	RICHET.
Clinique psychiatrique infantile.....	HEUYER.
Clinique rhumatologique.....	COSTE.

	MM.
Clinique stomatologique.....	DECHAUME.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SÈNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale.....	CHABROL.
Clinique urologique.....	FEY.
Embryologie.....	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BARIÉTY.
Histologie.....	CHAMPY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine du travail.....	DESOILLE.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	GALLIARD.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Pathologie exotique.....	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LEMAIRE.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale.....	HAZARD.
Physiologie.....	BINET (Léon).
Physique médicale.....	STROHL.
Radiologie médicale.....	DESGREZ (Henri).
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET.
Thérapeutique.....	TURPIN.

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS et AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie.....	{ CORDIER. Pr. s. ch. DEBEYRE. DELMAS.	Obstétrique.....	{ GRASSET. LEPAGE. MAYER. MERGER. RAVINAT. VARANGOT.
Anatomie pathologique.....	{ Mlle GAUTHIER VILLARS. Pr. s. ch. BUSSER.	Ophthalmologie.....	{ OFFRET. DESVIGNES.
Bactériologie.....	{ FASQUELLE. NEVOT.	Oto-rhino-laryngologie.....	{ HALPHEN. Pr. s. ch. MADURO.
Biologie médicale.....	BOURLIÈRE.	Parasitologie.....	BRUMPT, L.
Chimie médicale.....	{ ETTORI. Pr. s. ch. JAYLE. Pr. s. ch. SCHAPIR.	Parasitologie coloniale.....	ff CHABAUD.
Dermato-Syphiligraph.....	DEGOS.		ABOULKER. BAUMANN. GOSSET. HUGUIER. LAURENCE.
Histologie.....	{ BULLIARD. Pr. s. ch. COUJARD. DESCLAUX.	Pathologie chirurgicale.....	{ LÉGER. OLIVIER. PADOVANI. POILLEUX. ROUX. RUDLER. VERNE.
Hydrologie.....	DEBRAY.		
Hygiène.....	{ BOYER. DEPARIS.	Pathologie expériment.....	MERKLEN.
Médecine légale.....	{ DEROBERT. GAULTIER.	Pathologie médicale.....	{ BERNARD. BOUDIN. CSTAIGNE.
Neurochirurgie.....	N...		
Neurologie.....	DE SÈZE.		

	MM.		MM.
Patologie médicale.	CONTE.	Pharmacologie.....	M ^{me} LÉVY.
	DECOURT.		Pr. s. ch.
	DOMART.	Physiologie.....	CHEYMOL.
	DREYFUS (G.).		BARGETON.
	FAUVERT.		PARROT.
	HAMBURGER.	Physique médicale....	DOGNON.
	KOURILSKY.		Pr. s. ch.
	LAMY.		DJOURNO.
	MAURIC.	Psychiatrie	GOUGEROT.
	MILLIEZ.		BARUK.
Pédiatrie	PERRAULT.	Psychiatrie infantile ...	MICHAUX.
	RAMBERT.	Stomatologie	M ^{me} CHAPUT.
	THIEFFRY.	Thérapeutique	BROUET.
	TU IAF.		chargé de l'en-
	LAPLANE.	Urologie.....	seignement.
	MARIE (Julien)*		KUSS.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM. BASSET (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (Obstétrique),
GATELLIER (Clinique chirurgicale), LE LORIER (Obstétrique),
VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale ..	AMELINE.	Clinique médicale	LENÈGRE.
	X...		MARCHAL.
	MENEGAUX.		MOUQUIN.
	PATEL.		SOULIÉ.
Clinique médicale	SICARD.	Clinique obstétricale ..	DIGONNET.
	BOULIN.		ECALLE.
	BROUET.		LACOMME.
	CACHERA.	Clinique ophtalmologique.	SUREAU.
	DELARUE.		RENARD.
	GARCIN.		AUBIN.
	HAGUENAU.	Clinique urologique....	COUVELAIRE.

MM.
Secrétaire de la Faculté..... J. MOREL.
Secrétaire-adjoint..... M^{lle} CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef..... Docteur A. HAIN.
Bibliothécaires..... M^{lles} DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.
LE NOIR.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Que ce jour eut réjoui.

A MA MÈRE

*En témoignage de ma reconnaissance et
de ma profonde affection.*

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCC

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de chirurgie
Chirurgien des Hôpitaux

*En reconnaissance du grand honneur
qu'il nous fait, en acceptant la présidence de
cette thèse.*

AU DOCTEUR MARC BRETON

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Pontoise

*Qu'il soit ici, remercié de nous avoir ins-
piré ce travail et de nous avoir enseigné
l'art de la médecine.*

AU DOCTEUR PILVEN

Chirurgien de l'Hôpital de Quimper

*Qui nous a stimulé et prodigué tant de
conseils, au long de nos études.*

A TOUS NOS MAITRES DE L'HOPITAL DE PONTOISE

Que nous aimerions, ne jamais décevoir.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS :

LE DAMANY, HARDOUIN, BASSET, CATHALA,
GUILLAIN, LEMIERRE, FLANDIN, CLEIZ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉVY-SOLAL

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Accoucheur des Hôpitaux

*En reconnaissance de son aimable accueil
et de son enseignement magistral.*

DE LA MÉSÉNTÉRITE RÉTRACTILE

D'ORIGINE HERNIAIRE

Ce travail nous a été inspiré par la lecture des observations de hernies opérées dans les hôpitaux de Pontoise, Euibonne et Beaumont-sur-Oise pendant ces dernières années. Deux choses devaient nous frapper en dehors de tout étranglement, d'une part : l'intégrité pratiquement habituelle du contenu dans les hernies récentes; d'autre part : la présence pratiquement constante, de la méséntérite rétractile chez les vieux hernieux.

Ce qui nous a amené à penser que cette affection, rare en dehors de ces vieilles hernies, en voyait là son étiologie principale, pour ne pas dire la seule.

Et pourtant, sans être ignorée de différents auteurs, la méséntérite rétractile occupe dans les complications des hernies, une place, en général, infime. Elle paraît, en outre, avoir été englobée, noyée même, chaque fois qu'elle est signalée, dans le tableau général des adhérences et rétrécissements. Les lésions de méséntérite rétractile vont de pair avec les vieilles hernies et éventrations. Il en est vraiment peu, dans nos comptes rendus opératoires, où le chirurgien n'ait pas signalé leur présence.

Si tous les chirurgiens avaient la curiosité d'extérioriser et d'examiner minutieusement le contenu des volumineuses anciennes hernies, ils trouveraient, à tous coups, des lésions de méséntérite rétractile plus ou moins étendues, à un stade quelconque de leur évolution. Nous croyons pouvoir en effet, affirmer que dans ces hernies ces lésions sont quasi-constantes, même si elles n'ont jamais été étranglées.

LÉSIONS ANATOMIQUES DE LA MÉSENTÉRITE RÉTRACTILE

Nous nous permettons, de rappeler ici, et de les classer, suivant les différents stades de leur évolution, les lésions de la méSENTÉRITE rétractile.

Dans un premier stade, que nous croyons pouvoir appeler de début, les lésions ne touchent que le mésentère. Dans un deuxième stade, elles envahissent l'intestin.

A. — Lésions mésentériques

Ce sont d'abord :

1^o *Les taches mésentériques* : cicatrices étoilées, nacrées, de couleur blanc laiteux rappelant la porcelaine, rétractiles. A la palpation, elles sont dures, cartonnées. Leur taille est très variable, allant de la tête d'épingle à la pièce de 2 francs. Parfois ce sont des bandelettes, larges de quelques millimètres et mesurant quelques centimètres. Leur nombre est variable, souvent isolées on a pu voir ces taches confluer dans certains cas, formant de véritables nappes blanchâtres, fibreuses. Des brides et des tractus fibreux naissent de ces lésions.

Ces taches ne semblent d'ailleurs pas, être les lésions premières, mais plutôt faire suite à de petites saillies rouges, rosées, surélevées qu'on découvre souvent dans leur voisinage.

Ces lésions mésentériques épaississent les feuilletts et les rétractent vers leur racine, aidées en cela par les tractus fibreux. Leur aboutissant est donc :

2^o *La rétraction mésentérique* : le mésentère est épaissi raccourci, induré, ramassé sur lui-même. Le bord intestinal devient festonné, entraînant du côté de l'intestin de nom-

breuses coudures. L'intestin devient trop long pour son méso.

Cette rétraction est toujours importante, au point qu'il n'est plus possible de soulever de la paroi abdominale postérieure l'anse intestinale, et que le bord libre de celle-ci est comme tourné vers la colonne lombaire où s'insère son méso. Ceci explique la possibilité, à ce stade, de volvulus du grêle.

B. — Lésions intestinales

1^o *A nouveau, taches et tractus fibreux* : la mésentérite rétractile évoluant, les lésions empiètent, petit à petit du mésentère sur l'intestin. A ce stade, nous y verrons donc les lésions précédemment décrites. Les tractus et brides gagnent, de proche en proche l'intestin et se prolongent jusqu'à son bord libre, rétrécissant sa lumière. Ces tractus sont quelquefois larges, formant de véritables bandelettes fibreuses, réunissant entre elles les coudures du grêle, déterminées par la rétraction du mésentère. Parfois, elles sont si étendues qu'à la surface des anses intestinales, elles forment un voile blanchâtre, translucide. La première conséquence, de ce processus, est ;

2^o *L'agglutination des anses grêles* : d'abord, simplement réunies et facilement dissociables (par rupture des brides et bandelettes) elles fusionnent peu à peu jusqu'à former des pelotons, des conglomérats qu'on ne peut plus libérer sans léser l'intestin. Le mésentère s'est rétracté à un tel point, qu'il est difficile de le repérer, dans l'intervalle des anses coudées. L'accolement de celles-ci est parfois si intime qu'on a l'impression de fusion entre deux segments voisins.

Ces paquets intestinaux sont, en général, englobés dans une espèce de coque épaissie de pachy-péritonite ;

3^o La 2^e conséquence de la formation des tractus fibreux est : *l'adhérence au sac de hernie des anses accolées*.

L'étendue de cette adhérence est variable. Dans les cas les plus simples, quelques brides, ayant débordé le grêle, unissent celui-ci à la paroi du sac. Dans d'autres cas, les adhérences sont tellement larges qu'il est difficile de séparer le contenu du sac. Il arrive même, qu'ils forment un tout inextricable qu'on est obligé de réséquer en bloc, au ras du collet.

Il est classique de dire, que les adhérences au sac sont le

fait des vieilles hernies volumineuses. Nous penchons à croire que la mésentérite rétractile en est la véritable cause, car comme nous l'avons déjà signalé, les lésions de mésentérite rétractile se rencontrent presque à tous coups dans ces hernies;

4° Enfin, autre lésion intestinale, coexistant régulièrement avec les précédentes : *l'épaississement des parois de l'intestin*.

Celui-ci paraît augmenté de volume à ce niveau; il est épais, squirrheux, blindé. Mais sa lumière est réduite de façon importante, de moitié et très souvent davantage. Cette paroi très épaissie ne se laisse pas distendre.

Telles sont les lésions macroscopiques de la mésentérite rétractile d'origine herniaire; localisées au contenu de la hernie, elles peuvent le déborder et toucher mésentère et intestin en amont et en aval. Pour illustrer cette description macroscopique des lésions, nous rapportons ici quelques comptes rendus opératoires.

P..., 70 ans, opéré le 5 juin 1935 à l'hôpital de Beaumont-sur-Oise. Opérateur : Dr Breton.

Hernie inguinale droite irréductible, du volume d'un gros poing, très ancienne.

Etranglement peu serré, mais dans le sac : *paquet de grêle*, les anses sont réunies par des adhérences charnues. Sur le mésentère : des taches blanches. Réduction, ablation du sac, castration (peut faire, dans l'avenir, de l'occlusion).

D..., opéré le 14 janvier 1938 à l'hôpital d'Eaubonne. Opérateur : Dr Breton.

Hernie inguinale droite étranglée.

Très grosse hernie, ancienne. Etranglement large. *Taches porcelainées* sur le mésentère. Résection du sac...

M..., 58 ans, opéré le 24 avril 1940 à l'hôpital de Beaumont. Opérateur : Dr Breton.

Volumineuse hernie scrotale gauche, du volume de 3 poings, étranglée.

Contenu : un mètre de grêle ecchymotique, mais en outre *plaques porcelainées* sur le mésentère. Résection du sac, drain scrotal, 3 plans.

M..., Clément, opéré le 23 novembre 1941 à l'hôpital d'Eaubonne. Opérateur : Dr Fritchi.

Volumineuse hernie inguinale gauche étranglée.

A l'ouverture du sac : masse intestinale très épaissie, on ne peut la réintégrer dans l'abdomen, on ouvre largement en sectionnant le conjoint. L'intestin est extériorisé sur une grande longueur, pour trouver un endroit sain ; il présente des lésions de mésentérite rétractile très importante et on ne voit pas d'endroit tout à fait sain. On vérifie que les matières passent bien, et on ne fait pas de résection du grêle vu l'importance du segment lésé. Cure radicale.

Un mois après, le 27 décembre 1941, on l'opère d'une hernie inguinale droite : l'anse herniée, fixée au fond du sac est, en outre, collée à elle-même, *le mésentère n'est plus visible*. Résection du sac.

D... Robert, 41 ans, opéré le 22 octobre 1944 à l'hôpital d'Eaubonne. Opérateur : De Person (Interne du Service de chirurgie).

Hernie inguinale gauche étranglée depuis 3 jours, du volume d'un poing. Contenu : anses grêles accolées par suite de lésion de mésentérite rétractile (hernie datant de plusieurs années), lésions minimales au niveau du sillon d'étranglement. Les lésions de mésentérite remontent assez haut sur le méso. *Accolement des anses* : véritable aspect de suture, si serrée qu'on ne tente pas la libération.

Ainsi donc, pour ces deux derniers malades, les lésions de mésentérite ont largement débordé le contenu herniaire et continuent d'évoluer dans l'abdomen. D'autre part, nous ne croyons pas devoir les rattacher à l'étranglement, car justement, leur étendue permet de penser à un processus évoluant depuis déjà un certain temps, en rapport avec le volume et l'âge de la hernie.

Pour terminer avec ce rappel anatomique, nous signalons l'analogie de la mésentérite rétractile et de l'*épiploïte chronique herniaire*. L'épiploon y est épaissi, rétracté, recouvert de brides fibreuses et de plaques granuleuses indurées, donnant l'impression de grains de plomb qui y seraient enchassés. Ces plaques se sclérosent, au bout d'un certain temps, se transformant alors en plaques nacrées, porcelainées, semblables aux lésions mésentériques déjà décrites. La multiplication des plis de rétraction et des adhérences fibreuses, peut déterminer

la formation de véritables tumeurs épiploïques. En nous rappelant, les conglomérats d'anses, nous pouvons donc superposer l'évolution de la mésentérite rétractile et celle de l'épiploïte chronique, herniaires

Nous considérons d'ailleurs, qu'il ne s'agit là, que d'une seule et même affection dont la localisation varie, dans le cas qui nous occupe, avec le contenu de la hernie.

Enfin, de cette étude macroscopique des lésions de mésentérite rétractile, nous concluons que la disparition de la lumière intestinale serait le terme ultime de l'affection. Cependant, bien avant ce stade, la mésentérite rétractile se sera souvent signalée, à l'attention du clinicien, par une occlusion du grêle.

DE L'OCCLUSION PAR MÉSÉNTÉRITE RÉTRACTILE

L'occlusion caractérisée du grêle est la complication habituelle de la mésentérite rétractile. La plupart du temps d'ailleurs le diagnostic étiologique n'est fait qu'au cours d'une laparotomie exploratrice.

Elle apparaîtra, comme nous venous de le dire, avant le stade final de disparition de la lumière intestinale. Une accumulation de matières ou de corps étrangers, dans une portion d'intestin limitée de part et d'autre par un rétrécissement annulaire, consécutif à un étranglement, pourra la déterminer. Il en sera de même des brides fibreuses, des coudures, des rétrécissements serrés de l'intestin ou de ces différentes lésions associées. Un volvulus, causé par une rétraction importante du mésentère est encore possible.

Entre plusieurs, nous avons choisi 3 de nos observations, où la mésentérite rétractile, d'origine herniaire, a été cause d'une occlusion.

PREMIÈRE OBSERVATION

Eaubonne, 17 novembre 1941. Mme R..., 38 ans.

Entrée parce qu'elle souffre d'une hernie inguinale gauche. Cette hernie est apparue au cours d'un accouchement, il y a 17 ans. On lui fit porter un bandage. Depuis 2 ou 3 ans, elle souffrait dans le ventre. Les douleurs apparaissaient par crises, qui duraient 1 ou 2 jours et qui étaient espacées quelquefois de 2 ou 3 mois. Au cours de ces crises, la malade décrit les douleurs comme des torsions et des tiraillements dans le côté gauche, le tout, accompagné d'un état nauséux. Au cours de la guerre 1939-40, elle a eu une crise plus importante que les autres (analogue à celle pour laquelle elle vient de rentrer à l'hôpital) qui a duré 3 ou 4 jours, et au cours de

laquelle, elle a eu des vomissements alimentaires et bilieux, mais pas d'arrêt des gaz.

Dernière crise, pour laquelle, la malade entre à l'hôpital. Début le 14 novembre par des douleurs plus violentes que d'habitude, localisées à gauche ; sensation de torsion dans le ventre, qui n'empêchent pas la malade de dîner de bon appétit. Mais au cours de la nuit, elle a été prise de vomissements. Les douleurs ont persisté jusqu'à ce jour, elle n'a rien mangé depuis, et n'a plus vomi. Dès son entrée, la crise est terminée ; la malade n'a plus mal et peut à nouveau s'alimenter.

Dans les antécédents, en dehors de maladies infantiles dont la malade ne se souvient guère, une grippe grave, en 1918. Deux accouchements, enfants vivants.

Compte rendu opératoire du Dr Breton, 17 novembre 1941 : Mme R... présente bien une hernie inguinale gauche, mais on découvre, dans la fosse iliaque gauche, une volumineuse masse ferme, indolore, relativement mobile. Le côlon a été radiographié et paraît normal. On pense qu'il s'agit, selon toute vraisemblance, *d'une épiploïte ou d'une mésentérite rétractile d'origine herniaire.*

Première intervention. Laparotomie médiane.

Masse épiploïque du volume de 2 poings : l'épiploon est épais, tassé, recouvert de tractus blanchâtres ; résection épiploïque. D'autre part, masse du volume d'un poing et demi contenant environ un mètre 90 de grêle pelotonné et agglutiné, correspondant à la partie moyenne de l'intestin et présentant l'aspect typique de la mésentérite rétractile (à noter seulement qu'en certains points, les tractus fibreux unissant 2 anses forment des sortes de pastilles indurées). Il existe des lésions discrètes de mésentérite rétractile (taches et étoiles) au niveau du grêle sous-jacent. Résection en bloc de l'intestin agglutiné, qu'on ne cherche pas à libérer, et anastomose termino-terminale.

Seconde intervention le 28 novembre 1941. Cure de la hernie inguinale gauche. Résection d'un sac long de 10 cm. dont l'orifice péritonéal a la largeur d'une pièce de 5 fr.

La malade a été revue le 10 juillet 1942 : elle ne présentait plus de troubles digestifs.

Examen anatomo-pathologique pratiqué par M. le Professeur Huguenin (examen N° 285 B).

Résection du grêle : Le petit nodule est une masse fibreuse très dense riche en néo-vaisseaux petits, avec quelques nids de cellules jeunes et sans caractère spécifique : fibrose inflammatoire banale. Le fragment du mésentère montre des nappes graisseuses traversées par des travées fibreuses, d'ailleurs assez grêles. Les lymphatiques sont très distendus, mais vides, par contre, les vaisseaux sanguins sont pour la plupart gorgés de sang (veines et capillaires) et présentent une fibrose de la média. Le grand épiploon offre un aspect tout à fait comparable au précédent, à cela près que les lésions de la paroi vasculaire sont beaucoup moins marquées.

DEUXIÈME OBSERVATION

Eaubonne, 19 octobre 1943.

Mme D..., âgée de 82 ans, entre dans le Service pour une augmentation du volume de l'abdomen avec arrêt des matières et des gaz, depuis le dimanche 17. Pas de vomissement, ni de nausée, mais des hoquets ; pas de douleur.

À l'examen, malade en assez bon état général, mais langue sèche et légèrement rôtie. L'abdomen est ballonné, météorisé. Quelques anses en péristaltisme, se dessinent sous la paroi, au cours de l'examen. Il existe une volumineuse hernie inguinale droite, descendant jusqu'à la grande lèvre qu'elle distend. Cette hernie est difficilement réductible, mais n'est pas douloureuse. L'examen ne révèle cependant aucune autre cause possible d'occlusion, en particulier au niveau des autres orifices herniaires. On pratique une injection intraveineuse de 20 cc. de sérum salé hypertonique et on institue le mercredi matin une aspiration duodénale à la Wangensteen qui ramènera, en 48 h., plus de 4 l. de liquide. Le ballonnement diminue progressivement. Réapparition des gaz le jeudi. On commence à alimenter légèrement la malade en supprimant, pendant quelques heures, l'aspiration. Le ventre est plat le vendredi ; on supprime complètement l'aspiration duodénale. Le 26 octobre, un lavement baryté montre un côlon allongé et flexueux.

On décide la cure de la hernie, dont la malade est atteinte depuis une trentaine d'années, et qu'on suppose, être à l'origine des phénomènes occlusifs, indirectement : *agglutination d'anses grêles par mésentérite rétractile.*

Intervention le 2 novembre. Opérateur Dr Lesne, assistant du service.

Sac très volumineux contenant un énorme paquet d'anses agglutinées par des adhérences fibreuses. Les anses non herniées sont saines. Devant l'âge de la malade, on renonce à faire une résection.

TROISIÈME OBSERVATION

Clinique chirurgicale de Pontoise. Le 3 novembre 1947.

Dans la matinée, M. E..., âgé de 77 ans, est pris subitement de violentes douleurs, à type de coliques intermittentes, accompagnées de nausées. Cette état persiste toute la journée et toute la nuit ; un vomissement noirâtre survient à la fin de la nuit. Le Dr Fron voit le malade le 4 novembre dans la matinée et constate la présence d'ondulations péristaltiques. J'examine moi-même le malade vers midi. Les coliques se sont atténuées, mais le malade n'a pas expulsé de gaz depuis le début de sa crise. Le ventre est légèrement ballonné dans son ensemble ; il n'existe plus d'ondulations péristaltiques, mais l'on provoque du clapotis.

Un seul antécédent à noter : une hernie inguinale gauche, du volume d'un œuf, datant de 20 ans. Le malade rentre sa hernie lorsqu'elle sort ; depuis quelques mois, elle sort de plus en plus souvent, et elle est de plus en plus difficile à rentrer. On constate, en effet, au cours de l'examen, que l'intestin sort lorsque l'on fait tousser le malade ; il peut être aisément rentré. *On porte le diagnostic d'obstruction par mésentérique rétractile herniaire.*

Le malade est envoyé à la radiographie ; les clichés sans préparation, debout, montre dans le grêle des niveaux liquides ; d'autre part, le lavement baryté ne décèle aucune anomalie ou lésion du côlon. Le diagnostic d'obstruction par mésentérique rétractile, se trouve, pour moi, confirmé.

Sur la table de radio, le malade ayant expulsé gaz et matières, je décide d'attendre pour intervenir. Le malade est gardé en observation à la clinique de Pontoise du 4 au 8 novembre. Toute douleur ayant disparu et l'abdomen étant redevenu normal, j'autorise le malade à rentrer chez lui le 8 novembre. Une étude du transit du grêle devait être pratiquée à la fin de novembre, mais le malade rentre à nouveau à la cli-

nique le 13 novembre, car de nouvelles coliques viennent de se produire.

Intervention le 14 novembre 1947. Opérateur : Dr Breton, aide : Dr Fron.

Laparotomie médiane. La moitié supérieure du grêle est distendue. A un mètre environ de l'angle iléo-cœcal, une sorte de bride circulaire rétrécit notablement l'intestin ; à son niveau, sur le bord mésentérique, existe un placard épais, violacé, constitué par des saillies, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Entre cette région et l'angle iléo-cœcal, le dernier mètre du grêle est blanchâtre et épaissi ; sur le mésentère existent des brides et des étoiles rétractiles. Résection de la zone manifestement rétrécie et de 40 cm. de grêle sous-jacent, suivie d'une suture termino-terminale. Par l'abdomen on retourne en doigt de gant le sac herniaire, sa base est réséquée et l'orifice péritonéal suturé en bourse. Suites opératoires normales : le malade quitte la clinique 8 jours après l'intervention.

A l'examen macroscopique de la pièce : la tranche amont est normale, mais sur la tranche aval la musculuse est épaissie et la muqueuse se laisse difficilement cliver.

L'examen histologique (pratiqué par le Dr Desmonts) ne montre que des lésions banales, d'inflammation chronique et sclérose, de stase sans lésions vasculaires notables.

Ainsi dans ces 3 observations inédites, choisies parmi d'autres, le diagnostic de mésentérite rétractile a été porté avant l'intervention et elle a été jugée comme étant la cause vraisemblable du syndrome occlusif.

D'autre part, l'observation n° 1 est encore intéressante par le fait qu'elle illustre, le rapprochement que nous avons fait précédemment entre la mésentérite rétractile et l'épiploïte chronique d'origine herniaire, par la coexistence des 2 affections chez ce malade.

Il s'agit certainement là d'une seule et même maladie de localisation différente.

Au point de vue pratique, devant un hernieux présentant une occlusion du grêle et chez lequel on ne révèle aucun autre signe permettant d'en préciser l'origine (étranglement, ou cicatrice opératoire pouvant faire penser à une occlusion par brides) il faut toujours penser à une mésentérite rétractile au

niveau de la hernie, comme cause possible du syndrome occlusif.

Dès 1926, dans un article qu'il publia dans *La Presse Médicale*, le D^r Breton disait déjà, qu'en présence d'une occlusion du grêle, pouvait être diagnostiquée une mésentérite rétractile herniaire.

PATHOGÉNIE DE LA MÉSENTÉRITE RÉTRACTILE

La fréquence, que nous avons signalée au début de ce travail, avec laquelle les lésions se rencontrent dans les hernies, fait de celles-ci la cause primordiale de leur apparition. Elle n'est peut-être pas la seule puisqu'on les rencontre, mais à titre exceptionnel tout de même, dans certains cas de mégacolon et mégasigmoïde ; mais elle en est certainement l'origine pratique.

Quant à la cause déterminante, de nombreuses théories ont été émises, qui d'ailleurs n'expliquent pas tous les cas. Nous pensons, comme la plupart des auteurs, *que la théorie vasculaire est la plus probante.*

Est-il possible de faire une discrimination entre une origine veineuse, une origine artérielle ou une origine lymphatique ?

A. — L'origine est-elle veineuse ?

Stropéni conclut d'expériences et d'observations nombreuses, qu'une lésion quelconque d'une veine mésentérique peut donner naissance à des lésions de mésentérite rétractile.

Bolognési expérimenta sur le lapin :

« Une grosse ramification d'un vaisseau mésentérique est liée (artère ou veine) les anses des vaisseaux anastomotiques parallèles à l'intestin se trouvent comprises entre la ligature et l'intestin.

Les résultats, très variables, dépendent sans doute de conditions multiples ; à noter que les effets obtenus ne semblent pas avoir été influencés par le choix du vaisseau (artère ou veine).

Ligature temporaire :

Le plus souvent : lésion simple de la muqueuse.

Parfois : altération grave de la paroi, aboutissant à la nécrose.

Parfois aussi : phénomène d'œdème avec infiltration de cellules, notamment dans la sous-séreuse et la sous-muqueuse, avec de temps à autre atrophie de l'épithélium, accompagné de sclérose du tissu conjonctif avec formation d'adhérences entre les anses intestinales et la zone intéressée. Ces sclérose et adhérences étaient la cause des sténoses, d'ailleurs peu graves, de l'intestin.

Ligature définitive :

Le plus souvent, les observations faites dans les 20 ou 40 jours qui suivaient l'opération, montraient des modifications d'un type constant.

Macroscopiquement : une masse pelotonnée d'anses intestinales réunies par des adhérences fibreuses.

Microscopiquement : de la sclérose du tissu conjonctif et de la séreuse, de l'œdème avec infiltration de petites cellules et phénomène de sclérose dans la sous-séreuse et la sous-muqueuse ; infiltration de cellules dans le chorion de la muqueuse, atrophie de la couche épithéliale et, par moment, œdème et épaississement de la couche musculaire. Ces altérations anatomiques occasionnent de nombreux rétrécissements de la lumière intestinale dans la zone atteinte. Plus tard, il y a de la sclérose du tissu conjonctif et atrophie de la muqueuse auxquelles doivent être attribuées les sténoses intestinales que j'ai trouvées.

J'arrive à la conclusion suivante : la ligature ou l'occlusion passagère ou continue des grosses ramifications des vaisseaux mésentériques (artère, veine, ou les deux à la fois) ne m'ont pas donné chez le lapin, de résultats constants ; mais voici les conséquences possibles :

- 1° intégrité absolue, aussi bien anatomique que fonctionnelle, de l'anse intestinale ;
- 2° nécrose de l'intestin accompagnée ou non d'infarctus.

hémorragique suivi de péritonite rapidement mortelle avec ou sans perforation ;

3^e formation d'œdème, atrophie de l'épithélium, sclérose du tissu conjonctif, adhérence entre elles des anses intestinales et nombreuses sténoses de la lumière de l'intestin ».

Enfin, nous allons apporter ici un bref résumé des expériences que fit en 1932, M. Breton, sur le lapin, et dont il n'a jamais publié les résultats.

Il injecte dans la veine mésentérique un sel sclerosant à base de quinine et d'urée avec une aiguille très fine et sous une ligature qu'il serre aussitôt l'injection terminée ; car si fine que soit l'aiguille, le pertuis qu'elle fait dans la paroi veineuse est encore trop grand et reste béant.

Il réintervient sur l'animal un mois et demi, 2 mois après et constate la présence d'une mésentérite retractile dans la zone correspondant à la veine injectée : présence de cicatrices étoilées, de brides, de rétraction mésentérique et d'agglutination des anses grêles. Il n'a pas noté d'épaississement de la paroi intestinale.

Compte tenu de la différence entre le mésentère du lapin (2 feuillets minces et transparents où l'on suit très bien les ramifications vasculaires) et celui de l'homme, il pense que *des lésions veineuses, de même ordre, déterminent chez celui-ci des lésions identiques.*

Enfin, à l'appui de cette théorie, nous allons rappeler ici, une observation que M. Breton rapportait dans sa thèse en 1926, où des lésions vasculaires et des lésions de mésentérite retractile furent rencontrées simultanément.

Leveuf, thèse de Blanchet, Paris 1923.

Agglutinations chroniques des anses grêles dans les sacs herniaires.

C..., 51 ans. Entre à Cochin dans le service de M. le Professeur Delbet, pour hernie inguinale droite irréductible. Depuis 10 ans, le malade est porteur d'une hernie inguinale droite. Une hernie gauche, beaucoup moins volumineuse, est apparue 5 ans après la première. La hernie droite est devenue, progressivement, irréductible depuis 4 ans. En même temps, apparaissent des troubles nombreux : troubles diges-

tifs, le malade perd complètement l'appétit, crise de coliques douloureuses débutant au niveau de la hernie, s'accompagnant de gargouillements bruyants, suivies de débâcles fécales. De temps à autre, surviennent des vomissements bilieux, à peu près 3 heures après les repas. Depuis une semaine, les vomissements ont augmenté. La dernière selle date de 6 jours, mais le malade a des gaz.

Examen du malade : hernie inguinale double ; à gauche : petite hernie réductible ; à droite : volumineuse hernie scrotales irréductible.

Opération le 23 novembre 1921 : après incision de la paroi on ouvre un sac mince contenant une petite quantité de liquide clair. On tombe sur une masse volumineuse d'anses grêles agglutinées. Cette masse ne présente aucune adhérence avec les parois du sac. Après extériorisation de la tumeur qui est grosse comme une tête de fœtus, on repère l'anse afférente et l'anse efférente qui sont très près l'une de l'autre. La seule conduite à tenir est la résection, qui est effectuée sans incidents. Anastomose termino-terminale. La différence de calibre des 2 anses permet de faire une suture séro-séreuse après invagination. A noter que l'invagination est faite dans le sens rétrograde.

Examen de la pièce (Herrenschmidt) : L'anse afférente est énorme et paraît à première vue formée de gros intestins. En réalité, il s'agit de grêle dont le calibre est volumineux et dont les parois sont considérablement épaissies. Bout afférent : 5 mm. d'épaisseur.

L'anse efférente est de calibre normal, mais les parois de l'intestin ont encore une épaisseur très supérieure à la normale (bout efférent : 2 mm. d'épaisseur).

Le paquet d'anses qui forme la tumeur, est impossible à disséquer tellement les adhérences sont étroites. Il existe une série de bosselures séparées par des portions rétrécies dues à des coutures de grêles formant éperon dans la lumière de l'intestin. Le mésentère est très rétracté, et ne peut être repéré dans l'intervalle des anses agglutinées, sauf au niveau de la résection. Suites opératoires ; sans incident.

Le Wassermann pratiqué dans le Service avant la sortie du malade, fut positif.

Examen histologique (Herrenschmidt) : Sur la masse intestinale enlevée on a fait 2 séries de coupes : des coupes sur le mésentère, des coupes sur l'intestin.

1° Coupes sur l'intestin : la muqueuse est intacte.

Dans la sous-muqueuse, les vaisseaux sont distendus par le sang, distension assez notable.

Dans la musculuse externe, un gros œdème presque partout. Les champs leucocytaires sont beaucoup moins apparents.

Dans la musculuse interne : grosse infiltration de leucocytes, mononucléaires, eosinophiles, dans les espaces interfasciculaires, le tout baignant dans un œdème considérable :

2° Coupes sur le mésentère (M. le Professeur Letulle).

La surface du mésentère est sclérosée. Elle se compose de tissu conjonctif jeune, irrégulièrement dirigé dans tous les sens. Sa partie centrale est beaucoup moins altérée. Les endothéliums des vaisseaux sont intacts. La lumière des veines est très élargie. Une seule veine de la coupe présente un caillot composé de 2 parties :

a) l'une récente : fibrine ;

b) l'autre ancienne : placard fusiforme, dense, opaque, constitué par une matière amorphe coupée de place en place par quelques éléments cellulaires allongés, donnant l'impression de cellules conjonctives altérées. Un thrombus pariétal s'est peut-être produit à cet endroit et aura été décollé ultérieurement, par la distension subite du vaisseau ; mais il faut avouer que la technique de la paraffine a disloqué toute cette région et ne permet pas de situer le caillot par rapport au vaisseau. Il est difficile d'affirmer qu'on est en présence d'un ilot de thrombophlébite vu l'impossibilité de repérer les parois vasculaires.

Peut-être aussi ne s'agit-il que d'un vieux caillot logé dans le tissu adipeux et autour duquel une hémorragie s'est produite. Cette seconde hypothèse paraît plus probante.

Artères : toutes celles que l'on voit dans le mésentère sont de dimension moyenne et remarquable par leur intégrité. Leur structure intime, au point de vue élastique, ne saurait être établie.

En résumé : les coupes nous montrent des signes de *stase veineuse assez accusée*, de l'hyperdiapédèse de polynucléaires éosinophiles sans trace d'artérite, avec intégrité parfaite de la muqueuse intestinale.

Il est certain, que dans cette observation, il s'agit d'un syphilitique, et que les lésions de mésentérite rétractile peuvent être rapportées à sa maladie. Personnellement, nous pensons, une fois de plus, que c'est la hernie, et la hernie seule qui doit être mise en cause. Il n'en reste pas moins, quelle que soit l'étiologie invoquée, qu'il s'agit bien d'une mésentérite et, qu'histologiquement elle s'accompagne de lésions veineuses.

Enfin, à l'appui de la théorie veineuse, nous nous permettons de rappeler l'examen histologique fait pour notre malade de l'observation N° 1, où il est noté : « les vaisseaux sanguins sont gorgés de sang (veines et capillaires) et présentent une fibrose de la média ».

A la lecture de ces expériences et de ces observations, l'origine veineuse nous paraît certainement séduisante, et nous la pensons volontiers en cause. Examinons, cependant, les possibilités artérielles et lymphatiques.

B. — Artérielles

Il ne semble pas que les auteurs ait retenu cette origine comme suffisante. Il est vraisemblable aussi que les anastomoses artérielles obligeraient, expérimentalement, à faire des ligatures s'étendant sur plusieurs grosses ramifications. On a, en effet, constaté que la ligature d'une seule, n'amenait pas la production de lésions types de mésentérite rétractile de façon constante, Bolognési paraît avoir obtenu des lésions identiques en liant, indifféremment artère ou veine. Lésions identiques, mais inconstantes et certainement en rapport avec l'étendue des ligatures ou l'importance des vaisseaux liés puisqu'il a noté : des cas d'intégrité absolue, anatomique et fonctionnelle, des nécroses avec infarctus hémorragique et des scléroses type mésentérite rétractile.

Jura et Stropeni sont beaucoup plus formels et d'expériences pratiquées en 1927 et en 1933 ils concluent que la ligature isolée de l'artère se montre absolument inefficace dans la production de mésentérite rétractile.

C. — Lymphatiques

Cette théorie mérite plus de crédit que la précédente, depuis les expériences de Milone et Picco.

Sur des séries de cobayes ils ont lié une à une les branches lymphatiques principales de la même anse, en correspondance avec la racine du mésentère, en évitant toute lésion des vaisseaux sanguins. Chez tous les animaux, les auteurs ont rencontré, au bout de 20-30 jours, un aspect s'imposant comme celui d'une mésentérite rétractile. Aucun phénomène ne pouvait être imputé à une péritonite. Ils déduisent de leurs expériences que la stase lymphatique pourrait bien être la seule cause de la mésentérite rétractile.

Faccini et Fermo partagent la même opinion que Milone et Picco. Cependant ils classent, à part, une mésentérite rétractile vraie qu'ils pensent causée par des troubles de la circulation.

Ainsi, après avoir éliminé avec presque tous les auteurs la possibilité d'une origine artérielle, il nous reste à peser la valeur des théories veineuses et lymphatiques qui partagent toutes les faveurs.

Les expériences de Milone et Picco ont une très grosse valeur, mais ils paraissent avoir oublié la possibilité de lésions veineuses du fait de la stase intestinale par ligature des lymphatiques. D'autre part, Fermo et Faccini apportent des restrictions à leur conclusion.

Dans le N° 8 de la *Revue Médicale de la Suisse Romande* du 25 juin 1939, L. Choquard se concilie certainement tous les auteurs, car il distingue 3 sortes de mésentérite :

- a) une forme spécifique principalement tuberculeuse ;
- b) une forme toxi-infectieuse d'origine lymphatique consécutive à un foyer septique abdominal) ;
- c) une forme circulatoire — par stase veineuse (c'est la mésentérite des éventrations et des grosses hernies à étranglements répétés).

Pour notre part, nous restons persuadés que la mésentérite rétractile est causée par des lésions veineuses. Le traumatisme, et à un degré moindre l'infection en sont l'origine.

Karl et Erb purent obtenir la rétraction du mésentère en provoquant, simplement par traumatisme, un hématome à ce niveau. Le contenu herniaire est soumis à des tiraillements répétés, à des frottements, à des pincements et à des étranglements, toutes causes possibles d'irritation, de lésion et de temps en temps, de déchirure vasculaire. Tétani pense aussi que le point de départ des lésions de mésentérite rétractile est le traumatisme vasculaire, mais seulement par étranglement (cette opinion est trop restrictive car beaucoup d'entre elles apparaissent dans des hernies qui ne se sont jamais étranglées).

CLINIQUE ET TRAITEMENT

L'apparition d'une mésentérite rétractile dans un sac herniaire peut se traduire par quelques troubles digestifs ; mais elle peut, aussi bien, rester muette. C'est par le retentissement sur l'intestin que se traduit sa symptomatologie : ce sont des troubles plus ou moins accentués du transit intestinal accompagnés ou non de douleurs abdominales vagues et d'intensité variée. A un stade avancé, elle se révèle par des signes d'occlusion ; mais il faut malheureusement reconnaître que, presque toujours, on l'ignore à ce moment là et qu'elle reste une découverte opératoire. La radiologie n'a pas paru jusqu'ici d'un utile secours.

Pas plus qu'il n'y a de syndrome clinique de cette maladie il n'y a pas pour elle de traitement systématique lors de sa découverte. Le chirurgien se contentera de supprimer les brides, de libérer l'intestin, de repéritoniser les surfaces cruentées dans les stades de début. Il fera une résection intestinale dans les stades avancés quand la libération du grêle est devenue trop difficile, quand les lésions sont telles que l'occlusion est imminente. Il faut agir pour éviter ou supprimer l'occlusion du grêle.

Il est certain que la cure rapide des hernies éviterait, presque toujours, cette complication ; et c'est vers cela qu'il faut tendre ; d'autant plus que le malade a tout à y gagner : cure radicale plus facile, paroi plus solide, suppression d'un encombrant bandage qui n'a surtout donné au malade qu'une illusoire sécurité.

CONCLUSIONS

1^o Les lésions de mésentérite rétractile sont, non seulement fréquentes dans les vieilles hernies, elles y sont quasi constantes, même si celles-ci ne se sont jamais étranglées.

En dehors des hernies, la mésentérite rétractile est une affection rare, sauf, néanmoins, dans certains cas de mégasigmoïde.

2^o Devant un vieil hernieux, présentant une occlusion du grêle, chez qui on ne relève pas d'autres signes permettant d'en préciser l'étiologie, il faut toujours penser à une mésentérite rétractile au niveau de cette hernie.

3^o Enfin, nous sommes persuadés que ce sont des lésions veineuses qui sont à l'origine de la mésentérite rétractile.

Vu : le Président de la thèse,

M. BROCCQ.

Vu : le Doyen,

Léon BINET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- BLANCHET. — Thèse Paris, 1923.
- MAUCLAIRE. — B. M. S. C. le 9.12.1925.
- BOLOGNESI. — Central Blat. fur chirurg., 27.11.1909.
- PARCELLIER et MANGE. — Soc. anat. clin. de Bordeaux, le 2.5.1922 et *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1922.
- BRETON. — Thèse de Paris, 1926.
- AMOROSI. — Contributo allo studio della etiologia della mesenterite cronica retractile essenziale (*Ann. ital. di chir.*, 9, 399-414, May 31.30).
- CARLOS BONORINO UDAONDO. — La mesenteritis esclerosantes y retractiles (*la Prensa Medica Argentina*, n° 5, 20 de Juino 1929, p. 233).
- CANAVERO. — La mésentérite rétract. (*bol. e Mem. soc. Piem. di chir.*, 6.7.1935).
- JURA (V.). — La mésent. retrattile caso clinico Risultati sperimentali (*Policlinico sez chir.*, 34, 535, novembre 1927).
- JESU. — Sur la M. R. (*Annali italiani chirurgia*, 20.4.1928, p. 345).
- MILONE (S.) et PICCO (A.). — La pathogénie de la mésentérite rétractile (*Boll. e mem. della societa piemontese die chirurgia*, n° 17, 23.12.1933).
- Sulla patogenesi della mesenterite retrattile (*Arch. Ital. di Chirurg.*, 39-117 140, 1935).
- MORISSON et HAUVUY. — Contribution à l'étude de la mésentérite rétractile (*Archives de Médecine et de pharmacie militaires*, t. LXXXII, n° 2, février 1925, p. 243).
- Contribution à l'étude de la mésentérite rétractile (*Bruxelles Médical*, 1927, p. 538).
- STRPENI (L.). — Ricerche sperimentale sulla patogénési della M. R. (*Boll. et Mem. soc. Piem. di Chir.*, 3, 668-688, 1933).
- CHOQUARD. — De la M. R. (*Rev. Méd. de la Suisse romande*, 25 juin 1939).
- COURTY (L.). — Les Mésentérites rétractiles (*Journ. des soc. Méd. de Lille*, 29.10.1939, n° 41, p. 305 et n° 42, p. 322).